

요 약

금융감독원은 최근 보험사기 예방 모범규준을 개정하였음. 개정 모범규준에서는 실손의료보험의 보험금 지급사유 조사대상 선정에 관한 내용을 신설하였으며, 보험회사의 보험사기 영향도 평가 및 보험사기 유발요인 발굴 체계에 관한 개선 내용도 포함하고 있음. 또한 소비자 보호 장치로서 보험금 지급사유 조사 결과에 따른 보험금 지급 업무 처리 시 준수사항에 대해서도 규정하고 있음

○ 금융감독원은 최근 「보험사기 예방 모범규준」(이하, '모범규준')을 개정하였음

- 모범규준은 보험회사가 상품 개발, 계약 심사, 상품 판매, 보험금 지급 등 각 업무 단계에서의 보험사기 유발요인을 사전 통제하여 보험사기를 예방함으로써 소비자 피해를 최소화하는 것을 목적으로 하여 금융감독원 행정지도로 운영되고 있음(행2018-41002)
- 금융감독원은 실손의료보험의 보험금 지급사유 조사대상 선정에 관한 조항 신설 등을 포함하여 2022. 5. 모범규준을 개정하였음
 - 개정 모범규준의 유효기간은 2022. 5. 11~2023. 5. 10이며, 이하에서는 이번에 개정된 주요 내용을 살펴봄

○ 개정 모범규준에서는 실손의료보험의 보험금 지급사유 조사대상 선정 관련 내용이 신설되었음(제12조의1, 제12조의2 및 제12조의4)

- 보험회사는 실손의료보험 가입자의 정당한 보험금 청구에 대해서는 약관에서 정한 기일 이내에 지체 없이 보험금을 지급해야 하지만, 보험금 청구내용 등이 다음에 해당하는 경우로서 보험회사가 질병 항목 등 세부 항목별 조사대상 선정기준을 합리적으로 마련한 경우에는 그 기준에 따라 보험금 지급사유를 조사 및 확인할 수 있음

〈표 1〉 실손의료보험의 보험금 지급사유 조사대상

항목	세부 내용
① 치료 근거 제출 거부	• 보험금 지급사유 확인을 위해 필요한 경우로서 피보험자의 병증 등과 관련하여 담당의사의 진단·소견의 근거를 알 수 있는 영상자료, 검사결과 등의 증빙자료를 합리적인 사유 없이 제출하지 않거나, 제출하였더라도 아래 예시와 같이 제출된 증빙자료의 객관성에 대하여 추가적 확인이 필요하다고 인정되는 경우 - 제출된 증빙자료(검사결과지 포함)가 특별한 사유 없이 해상도 또는 명도 등에 문제가 있어 판단하기 어려운 경우이거나 제출된 증빙자료가 피보험자(환자) 본인의 것인지 불명확한 경우 등 - 국민건강보험법 혹은 의료급여법에 따른 비급여대상 중 표준화된 코드가 사용되지 않은 경우로서 세부 치료내역에 대하여 제출을 거부한 경우 등

〈표 1〉 계속

항목	세부 내용
② 신빙성 저하	피보험자의 과거 의료기록, 주변인 진술 또는 관련 주변 정황 등을 감안할 때, 보험수익자 등이 제출한 주요 검사결과, 치료경과 내역 등 의학적 증거가 청구내용과 상이한 경우 등 청구내용의 신빙성을 의심할 만한 합당한 사유가 있는 경우
③ 불필요한 입원·통원 치료	- 피보험자의 진단·치료와 관련하여 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 식품의약품안전처, 관련 의학 학회, 기타 이에 준하는 전문기관에서 권고하거나 일반적으로 제시하고 있는 기준 등에 비추어 입원 혹은 통원 치료 필요성 여부를 확인할 수 없는 경우로서, 아래와 같이 불필요한 입원 혹은 통원 치료가 합리적으로 의심되는 경우 - 의료기관이 허위진단서를 발행하거나 피보험자에게 입원 혹은 통원 치료 필요성이 존재하지 않음에도 적절한 설명 없이 불필요한 입원 혹은 통원 치료를 하도록 유도한 정황이 합리적으로 의심되는 경우 - 피보험자가 의료기관으로부터 입원이나 통원이 필요하지 않다고 설명 받았음에도 불구하고 불필요한 입원 혹은 통원 치료를 받은 정황이 합리적으로 의심되는 경우
④ 비합리적인 가격	- 비급여 치료항목의 실제 진료비용이 아래 예시와 같이 의료법 등에 따라 공시한 진료비용 등에 비추어 합리적인 사유 없이 현저히 높은 경우로서, 진료비 계산서·영수증 허위 발행 등 보험사기 행위가 의심되는 경우 - 실제 진료비용이 건강보험심사평가원이 공개한 해당 의료기관의 각 항목별 진료비용보다 과도하게 높은 경우 - 실제 진료비용이 건강보험심사평가원이 공개한 각 항목별 진료비용 기준으로 의료법에 따른 등급 혹은 상급 의료기관의 평균 진료비용보다 과도하게 높은 경우 - 실손의료보험 가입 등을 사유로 합리적인 이유 없이 동일 항목에 대해 환자별 진료비용을 달리 적용하는 경우 등
⑤ 과잉진료 의심 의료기관 등	- 아래 예시와 같이 의료법 등을 위반한 정황이 반복적으로 확인된 의료기관을 방문하여 보험금을 청구한 경우로서 보험수익자 등의 보험사기 행위가 합리적으로 의심되는 경우 - 소비자의 과잉의료를 유발하는 내용(보건복지부의 「의료광고 가이드라인」에서 금지하는 항목 포함)을 광고한 정황이 확인된 의료기관 - 제3자에게 환자 소개비를 지급한 정황이 확인된 의료기관 - 교통비, 숙박비 등 의료비 이외의 경비 보전을 위해 의료비 중 일부를 환급한 정황이 확인된 의료기관 - 비의료행위 혹은 치료목적 이외의 의료행위에 대한 비용을 치료 의료항목에 포함시켜 의료비로 전가시킨 정황이 확인된 의료기관 - 진단서, 진료비 계산서·영수증 등을 허위로 발행한 정황이 확인된 의료기관
⑥ 기타	그 밖에 약관상 보험금 지급사유 충족 여부 혹은 보험사기 행위 존재 여부가 합리적으로 의심되는 경우

- 보험회사는 위와 같은 조사대상 선정기준을 제·개정할 경우 보험회사의 홈페이지에 지체 없이 공시하고 계약자 등에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 안내해야 함
 - 상품설명서 등에도 조사대상 선정기준 공시 사실을 반영하고 보험계약 체결 시 계약자에게 설명해야 함
- 보험회사는 보험금 지급사유 조사와 관련한 주요 사항(조사 실시 건수, 민원 또는 분쟁 발생 현황 등)을 매 분기 1회 이상 분석하여 조사대상 선정기준의 적정성을 재검토해야 함
 - 또한 특정 질병 등에 기인하여 마련된 기준이 다른 의료기관 및 질병 등으로 확대되지 않도록 주의해야 함

○ 개정 모범규준에서는 보험금 지급사유 조사 결과에 따른 보험금 지급 업무 처리 시 준수사항에 대해서도 규정하고 있음(제12조의3)

- 보험회사는 보험금 지급사유를 조사하는 경우로서 피보험자의 책임 사유 발생 등 특별한 사유가 없는 경우에는 약관에서 정한 기일 이내에 지체 없이 보험금 지급 여부를 결정해야 하며, 조사로 인해 보험금 지급이 지체된 경우 보험약관에 따라 지연이자를 지급해야 함(다만, 조사 결과 약관상 보험금 지급사유가 아니라는 사실 또는 보험사기 행위 등에 해당한다는 사실이 확인된 경우는 제외함)
- 보험회사가 보험금 지급사유 조사 결과를 바탕으로 보험금을 부지급 또는 감액하고자 하는 경우에는 다음의 사항을 보험수익자 등에게 설명해야 함
 - 보험금 부지급 또는 감액의 구체적인 사유(의료자문을 실시한 경우에는 그 내용 및 결과를 포함함)
 - 보험수익자와 보험회사가 보험금 지급심사 내용에 대해 합의하지 못할 때는 상호 합의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원의 소속 전문의 중에서 추가로 의료자문을 실시할 제3자를 정하여 그 의견에 따를 수 있으며, 이 경우 의료자문 비용은 보험회사가 전액 부담한다는 사실

○ 개정 모범규준은 보험회사의 보험사기 영향도 평가 및 보험사기 유발요인 발굴 체계와 관련한 개선 내용도 포함하고 있음(제4조 내지 제6조, 제13조)

- 보험회사는 보험사기 유발요인을 조기에 발굴·차단하기 위하여 보험계약 인수, 보험금 지급, 보험사기 조사 업무 및 소비자보호 업무의 과정에서 나타나는 보험사기 유발요인을 발굴하는 체계를 마련해야 함
 - 종전에는 보험금 지급 과정에서의 의무만 규정하고 있었으나 그 외에 보험계약 인수, 보험사기 조사 업무 및 소비자보호 업무 과정에서도 보험사기 유발요인 발굴 체계를 마련하도록 개정된 것이며, 각 업무 과정에서 분석해야 할 사항은 다음과 같음

〈표 2〉 보험사기 모니터링을 위한 분석 사항

내용
• 보험계약 인수: 타사 보험 가입 한도 통합 조회 결과, 보험사기자 가입 정보, 한도 초과 가입을 위한 특별 승인, 보험가입한도 변경 이력 • 보험금 지급: 손해율, 설문조사, 보험금 감액·부지급 사유, 가입자 병력 및 의료자문 결과 • 보험사기 조사 업무: 보험사기 고발, 보험사기자 정보 유사 사건 발생, 보험사기자 관련 정보에 기등록 된 담보, 보험사기 관련 청구 이력 • 소비자보호 업무: 민원 발생 사유, 처리 결과(수용·불수용, 합의)를 감안하여 민원 처리 과정에서 포착된 보험사기 유발요인 등

- 보험사기 유발요인이 발굴된 경우 해당 요인 분석 담당부서는 보험사기 담당부서에 통보하고 통보받은 부서는 분석 결과를 보험사기 영향도 평가 위원회에 안건으로 상정하는 등 필요한 조치를 취해야 함
- 보험회사의 보험사기 영향도 평가와 관련하여 그 운영 방식을 일부 개선하였음
 - 보험상품 출시 이후에 계약 심사 및 보험금 지급 단계 등에서 해당 부서의 요청에 따라 보험사기 영향도 평가를

재실시험에 있어서, 종전에는 보험사기에 취약한 담보를 대상으로 하였으나 개정 모범규준에서는 직전 분기 대비 손해율이 급증한 담보도 그 대상에 추가함

- 보험사기 영향도 평가부서에 소비자보호 부서를 추가하고(종전에는 상품개발 담당부서, 계약심사 담당부서, 보험금 지급 담당부서, 보험사기 조사 담당부서), 평가를 요청한 부서는 평가부서에서 제외하였으며, 평가 요청 시에는 1개월 이상의 기간(종전에는 '충분한 기간'으로만 규정함)을 두고 요청하도록 함
- 보험사기 영향도 평가 위원회 개최 결과는 관련 부서에 통보하고, 통보 후 각 부서(영향도 평가부서)의 검토 및 업무 반영 결과에 대하여 매년 1회 준법감시인의 확인을 거쳐 기록·관리하도록 함
- 보험사기 영향도 평가 위원회는 상품 개발, 리스크 관리 임원이 개최할 수 있고 보험사기 조사, 보험금 지급, 계약 인수 관련 부서장이 참석하여야 하며 준법감시인에게 사후 보고하도록 함
- 보험사기 영향도 평가 위원회는 2회 이상 연속 서면으로 개최할 수 없도록 함(감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제49조에 따른 조치의 경우는 제외함)